

家族の状況証明書 (就労以外用)

提出年月日 年 月 日

新規 ・ 変更		施設(事業者)名	
入所番号	子どもの氏名	フリガナ	生年月日
-			
-			
-			

※子どもの氏名・フリガナ・生年月日は、必ず記入してください。

父 親 ・ 母 親 ・ 祖 父 ・ 祖 母 ・ ()	氏 名	
-----------------------------	-----	--

※日付は和暦で記載をお願いします。

事由及び添付資料	1	<input type="checkbox"/> 出 産……母子健康手帳(表紙及び出産予定日がわかるページ)の写しを添付 出産日 ・ 出産予定日 _____ 年 月 日 (出産を理由に保育の利用ができるのは、出産日(予定日)の前後約8週間です。)
	2	<input type="checkbox"/> 求職活動……ハローワークの受付票の写しを添付 (求職活動を理由に保育の利用ができるのは、3か月です。)
	3	<input type="checkbox"/> 就 学……在学証明書及び時間割表等を添付(年度ごとに提出が必要です。) 期 間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 就学先と施設等間の片道の所要時間 約 _____ 時間 _____ 分
	4	<input type="checkbox"/> 障がい……身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳の写しを添付 身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳 _____ 級 療育手帳 _____
	5	<input type="checkbox"/> 病 気… <input type="checkbox"/> 入 院 _____ 年 月 日より見込み _____ か月 病名 _____ <input type="checkbox"/> 自宅療養 _____ 年 月 日より見込み _____ か月 病名 _____
	6	<input type="checkbox"/> 介護… <input type="checkbox"/> 入 院 _____ 付添時間 _____ 週 _____ 回 1日 _____ 時間 <input type="checkbox"/> 看護… <input type="checkbox"/> 在 宅 _____ 患者氏名 _____ 子どもとの続柄() _____

4障がい, 5病気, 6介護・看護の場合は、下記に医師の証明を受けてください。

意 見 書	
患者 住 所	_____
氏 名	_____ 生年月日 _____ 年 月 日
病 名	_____
加療見込期間	_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
※ 自宅療養の状況 常時臥床での療養 ・ 精神性疾患による安静加療 ・ 通院加療が必要(週 _____ 日)	
上記の状態のため(常時付添人必要 ・ 保育不可能 ・ 保育可能)であることを認めます。	
年 月 日	病院所在地 _____
	病院名 _____
医 師	_____
	氏 名 _____ (印)

6介護・看護のうち、障がい児通所支援事業所等に保護者同伴で、子どもの兄弟姉妹が通所している場合は、下記の証明を受けてください。

意 見 書

子ども住所 _____

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 _____

障がい名 _____

通所見込期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 _____
※ (週 _____ 日)通所が必要です。

上記の状態のため、保護者同伴の通所が必要と認めます。

年 月 日

住所 _____

施設名 _____

代表者職・氏名 _____

印